
未成年人接受辉瑞（Pfizer）新冠（COVID-19）疫苗的知情同意书

我无法陪伴我的孩子或法定受监护人去接种疫苗的诊所。我同意

由 _____ 带我的孩子来接种疫苗。

我已经查看并可以访问有关辉瑞新冠疫苗的紧急使用授权情况说明书。如果我需要更多关于疫苗或疫苗接种过程的信息，带我孩子来的人会通过电话联系我以便与接种员沟通。

请勾选以下其中一项

_____ 我已完成在线筛查问卷（过敏/其他健康状况/等）

_____ 我已打印/完成筛查问卷，该问卷将与孩子一起带来

_____ 带我孩子来的人有筛查问卷所需的医疗信息，或者可以联系我以获取更多信息

我了解疫苗的风险和益处，并同意我的孩子在紧急使用授权下接种辉瑞疫苗。

孩子的全名

孩子的出生日期
(孩子必须至少年满 12 岁)

家长或法定监护人姓名

签名

今日日期